DATA ZGŁOSZENIA ………………..

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **I.DANE WNIOSKODAWCY** | |
| 1.IMIĘ I NAZWISKO |  |
| 2.ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| 3.ADRES DO KORESPONDENCJI *(JEŚLI INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)* |  |
| 4.NR TELEFONU |  |
| 5.ADRES E-MAIL |  |
| 6.PESEL |  |
| 7.NUMER DOWODU OSOBISTEGO, PRZEZ KOGO WYDANY |  |
| **II.DANE POSZKODOWANEGO** (jeśli inne niż dane wnioskodawcy) | |
| 1.IMIĘ I NAZWISKO POSZKODOWANEGO |  |
| 2.STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ |  |
| 3.ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| 4.ADRES DO KORESPONDENCJI  *(JEŚLI INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)* |  |
| 5.NR TELEFONU |  |
| 6.ADRES E-MAIL |  |
| 7.NUMER PESEL |  |
| 8.NUMER DOWODU OSOBISTEGO, PRZEZ KOGO WYDANY |  |
| **III.OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA** | |
| 1.DATA ZDARZENIA (jeśli dotycz) |  |
| 2.MIEJSCE ZDARZENIA (jeśli dotyczy) |  |
| 3.KRÓTKI OPIS WSPARCIA CHARYTATYWNEGO ( czego dotyczy) | |
|  | |
| 4.SPODZIEWANY REZULTAT PO OTRZYMANIU WSPARCIA CHARYTATYWNEGO | |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV.CEL WSPARCIA WRAZ Z UZASADNIENIEM** | | | | |
| 1.RODZAJ POMOCY | PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA Z UZASADNIENIEM | | | KWOTA |
| FINANSOWA |  | | |  |
| INNA |  | | |  |
| RAZEM (BRUTTO) |  | | | |
| **V. WKŁAD/POMOC INNYCH PODMIOTÓW** | | | | |
| 1.PODMIOT *(PEŁNA NAZWA, ADRES, TELEFON, OSOBA DO KONTAKTU)* | | DATA  ZGŁOSZENIA | REZULTAT *(WYSOKOŚĆ WSPARCIA, TERMIN PŁATNOŚCI)* | |
|  | |  |  | |

..…………… ……………………..

data podpis Wnioskodawcy

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **RODZAJ DOKUMENTU** | | LICZBA ZAŁĄCZNIKÓW |
| 1 |  | |  |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| 4 |  | |  |
| 5 | I |  |  |

**OŚWIADCZENIE:**

1. Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe.
   * TAK
   * NIE
2. Wszelkie informacje zawarte we wniosku mają charakter poufny, mogą być użyte jedynie do celów kwalifikacji do udzielenia wsparcia. Jednocześnie wyrażam zgodę na weryfikację przez Fundację GOPR przedstawionych dokumentów.
   * TAK
   * NIE

..…………… ……………………..

data podpis Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| **VII. DECYZJA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ** |
|  |

..…………… ……………………..

data podpis

**WYKAZ MOŻLIWYCH ZAŁĄCZNIKÓW:**

1. Status zdrowotny. tj. dokumentacja medyczna to:

* zaświadczenia lekarskie potwierdzające stan zdrowia,
* faktury potwierdzające koszty leczenia,
* kserokopie kart informacyjnych ze szpitala,
* kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności,
* kosztorys rehabilitacji lub usługi medycznej.
* Inne informacje istotne dla decyzji np. opis sytuacji i zdarzeń losowych istotnych dla stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.

1. Status socjalny dokumenty z ostatnich 12 miesięcy określające status socjalny to:

* zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych,
* kopia umowa o pracę ,
* inny dokumenty potwierdzający pobierane wynagrodzenie, zasiłków, zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, opinia Ośrodka Pomocy Społecznej, deklaracja PIT (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej).

1. Wsparcie charytatywne

* Wymagane oświadczenie za ostanie 12 miesięcy określające otrzymane wsparcie finansowe z ramienia organizacji pozarządowej lub innej instytucji wspierającej Podopiecznego w ramach ubiegania się o dofinansowanie wsparcia charytatywnego.

**POROZUMIENIE**

zawarte dnia ………………………………..pomiędzy:

FUNDACJĄ GÓRSKIEGO OCHOTNICZEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO, zwaną dalej “Fundacją” z siedzibą przy ul. Józefa Piłsudskiego 65, 34-500 Zakopane wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zdrowotnych oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez Sąd Rejonowy dla Krakowa - Śródmieścia w Krakowie , Wydział XII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000607021, posiadająca status Organizacji Pożytku Publicznego, zwana dalej Fundacją, reprezentowaną przez:

* Roman Dziedzic - prezes zarządu Fundacji GOPR
* Grzegorz Pawlik - wiceprezes zarządu Fundacji GOPR

a

podopiecznym Pan/Pani………………………………………………………………………………………………...

adres zamieszkania:...................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………...

I.

1. zawarcie niniejszego POROZUMIENIA jest warunkiem objęcia Podopiecznego działalnością statutową Fundacji.
2. Celem działań ukierunkowanych na Podopiecznego Fundacji jest zapewnienie wsparcia i pomocy - zgodnie z zapisami Regulaminu Przyznawania Świadczeń (...) z dnia 5.06.2020 r.

II.

1. Na mocy niniejszego POROZUMIENIA Fundacja przekaże na rzecz PODOPIECZNEGO środki finansowe w kwocie: …………………………..
2. Wypłata środków pieniężnych na rzecz Podopiecznego następować będzie każdorazowo w postaci zaliczki lub refundacji poniesionych na rzecz Podopiecznego kosztów, na podstawie przedłożonych przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego rachunków, faktur lub innych dowodów księgowych.
3. W sytuacjach szczególnych Fundacja może odstąpić od zachowania wymogów wskazanych w ust. 2. W takim przypadku decyzję o wypłacie środków pieniężnych podejmuje Zarząd Fundacji.
4. Zgodnie z art. 21 ust 1 pkt 79 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych ( t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 179) świadczenia o pomocy społecznej są wolne od podatku dochodowego. Wykaz wydatków określa Rozdział IV Regulaminu Przyznawania świadczeń w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji GOPR. Zwolnieniu od opodatkowania podlegają wyłącznie te środki pieniężne, zgromadzone na rzecz Podopiecznego, które zostały przekazane przez Fundację w ramach pomocy społecznej.

III.

1. Wraz z zawarciem niniejszego POROZUMIENIA Podopieczny bądź osoby reprezentujące Podopiecznego są zobowiązane do złożenia oświadczenia , że ich sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia/rehabilitacji Podopiecznego lub innych związanych z tym wydatków. Podopieczny bądź osoby reprezentujące Podopiecznego są zobowiązane informować Fundację na piśmie, jeżeli ich sytuacja finansowa ulegnie znacznej poprawie.
2. Podopieczny bądź osoby reprezentujące Podopiecznego, będąc świadomymi odpowiedzialności za podawanie fałszywych danych, oświadczają, że przedstawione przez nich informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

IV.

1. .Szczegółowe zasady wykorzystania przyznanych środków pieniężnych dla Podopiecznego, jak również wzory zestawień kosztów składanych Fundacji przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego, są określone w dokumentach:
2. Regulamin Przyznawania Świadczeń w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji GOPR.
3. Zestawienie kosztów.

V.

1. Niniejsze POROZUMIENIE zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron. Wszelkie zmiany POROZUMIENIA wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony POROZUMIENIA są zobowiązane do wzajemnego informowania się o każdej zmianie swoich danych.

VI.

1. Niniejsze POROZUMIENIE zostało zawarte na czas nieokreślony - do momentu wydatkowania i rozliczenia przyznanych środków finansowych. Każda ze stron może wypowiedzieć POROZUMIENIE z zachowaniem 2- tygodniowego okresu wypowiedzenia.
2. Każda ze stron może wypowiedzieć POROZUMIENIE ze skutkiem natychmiastowym w przypadku niewywiązywania się przez drugą Stronę z zobowiązań wynikających z POROZUMIENIA.
3. POROZUMIENIE wchodzi w życie z dniem jego podpisania przez Strony.

……………………………………………. …………………………………………...

Podpis Podopiecznego/opiekuna prawnego Podpis Zarząd Fundacji

Oświadczenia

Oświadczam, że ich sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia/rehabilitacji Podopiecznego lub innych związanych z tym wydatków. Jestem zobowiązany na bieżąco informować Fundację GOPR na piśmie, jeżeli sytuacja finansowa ulegnie znacznej poprawie ( dotyczy - okresy rozliczenia środków pieniężnych).

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią POROZUMIENIA oraz Regulaminu Przyznawania świadczeń w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji GOPR, akceptuję je i zobowiązuje się do ich stosowania.

…………………………………………………………..

Podpis Podopiecznego/opiekuna prawnego

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon |  |

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Przyznawania świadczeń w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji GOPR i zwracam się z prośbą o:

Refundację \*

Zaliczkę - w kwocie: ……………………………………………………………..zł

\*Refundacja wg przedstawionego zestawienia:

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

faktura nr………………………………………………………………………..kwota……………………………………

termin płatności (jeśli dotyczy).....................................................................................

SUMA:

Refundacji………………………………………………………………..zł

Zaliczki………………………………………………………………… zł

Załączam faktury/rachunki w ilości: ………………………………….egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na numer konta:

………………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi: Przypominamy, że celowość poniesionych kosztów musi być dokładnie opisana przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego na odwrocie każdego dokumentu księgowego potwierdzającego wydatki, a dokumenty te nie mogą budzić żadnych wątpliwości pod względem rzetelności oraz oryginalności.

………………………………………………………………………

Podpis Podopiecznego

|  |  |
| --- | --- |
| Kwota do wypłaty/data Fundacja GOPR | Podpis Fundacja GOPR |